

# 上部消化管内視鏡検査のための問診票

記入日 年 月 日

検査を受ける方の個々の状況に応じて、より安全で効率的な内視鏡検査を行うための問診票です以下の質問で当てはまる項目に✓印、または○で囲んでください。

1.薬や食べ物のアレルギーがありますか？「あり」の方は○をつけてください。

なし

あり（アルコール、フスコパン、グルカゴン、ヨード、キシロカイン、たまご、その他：薬の名前

2.以下の病気を言われたことがありますか？

なし

あり（狭心症・不整脈等の心疾患、緑内障、前立腺肥大、糖尿病、高血圧）

3.抗血栓薬（血液をさらさらにする薬、血が止まりにくくなる薬）を飲んでいますか？

飲んでいる（薬名： ） → 検査時にもう一度詳しくお聞きします。

飲んでいない

4.おタバコは吸いますか、吸っていたことがありますか？

吸っている 以前吸っていたがやめた 吸わない

5.お酒は飲みますか？ 顔は赤くなりやすいですか？

顔が赤くなりやすい 飲まない

週に3日以上飲む 機会があるときだけ飲酒をする

6.ヘリコバクターピロリ菌についてお尋ねします。

いるといわれたが、除菌療法を受けていない いるといわれ、除菌療法を受け成功した

いるといわれ、除菌療法を受けたが除菌に失敗した もともといないといわれている

調べたことがない・不明・よくわからない

7.鎮静剤について希望されますか？（鎮静剤を使用した場合には、事故防止のため、当日はご自身での乗り物（車、バイク、自転車）などの運転はできません。）

希望しない 希望する

8.生検について

希望しない 理由（抗血栓薬内服中・飛行機にのる・飲酒の予定・その他\_\_\_\_\_）

希望する